

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

8

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES GROSSESSES INTERSTITIELLES

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté
de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 17 Mars 1942

par Louis PERRAMOND

né à Marseille le 12 Août 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examineurs de la Thèse	{	VAISSIÈRES	{	Président
		MOIROUD		Assesseurs
		FIGARELLA		
		CHOSSON		

IMPRIMERIE
SAINT-LAMBERT
24, Rue Saint-Lambert
MARSEILLE

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES GROSSESSES INTERSTITIELLES

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté
de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 17 Mars 1942

par Louis PERRAMOND

né à Marseille le 12 Août 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examineurs de la Thèse	{	VAISSIÈRES	{	Président
		MOIROUD		Assesseurs
		FIGARELLA		
		CHOSSON		

IMPRIMERIE
SAINT-LAMBERT
24, Rue Saint-Lambert
MARSEILLE



PERSONNEL ENSEIGNANT

de la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

PROFESSEURS :

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale</i> ..	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie Analytique et Hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie Médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique Chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique Chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique Exotique</i>	HECKENROTH
<i>Clinique des Maladies Nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique Médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique Médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique Médicale</i>	MONGES
<i>Clinique Médicale Infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique Obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique Ophthalmologique</i>	JAYLE
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique Urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire Naturelle</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène Générale et Coloniale</i>	VIOLE
<i>Médecine Légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie Chirurgicale</i>	MOIROUD
<i>Pharmacodynamie et Matière Médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	MALMEJAC
<i>Physique</i>	CHEVALIER
<i>Thérapeutique</i>	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégé en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

MM. QUINTARET

PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE MATERNELLE

Nous regrettons de ne pas assister à leur joie en ce jour.

A MA MERE

En gage de ma profonde affection.

A MES ONCLES ET TANTES

Ils ont su remplacer pour moi un père absent. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance affectueuse pour les durs sacrifices qu'ils ont bien voulu s'imposer.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

A MON FRERE ET MA BELLE-SŒUR

A CEUX QUE J'AIME

A MON PROFESSEUR DE THESE

M. LE PROFESSEUR VAYSSIERE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de ce modeste travail et pour les conseils qu'il nous a donnés.

A M. LE PROFESSEUR CHOSSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Nous lui devons le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Contribution
à l'Étude Clinique et Thérapeutique
des Grossesses Interstitielles

Généralités

Le terme d'interstitielle désigne les variétés de grossesses ectopiques, dans lesquelles l'œuf se greffe au niveau de la portion intra-utérine de la trompe.

En 1801, Schmidt attire l'attention sur une modalité de grossesse, intermédiaire entre l'utérine et l'extra-utérine, jusque là seules mentionnées dans la littérature obstétricale. Il les appelle encore « tubo-utérines ».

Puzin en rapporte un cas en 1809. Dans le *Journal Général de Médecine et de Chirurgie*, Collineau publie en 1824 une observation de rupture spontanée de G. I.

En 1846, Jacquemier écrit : « *La grossesse utéro-tubaire n'est pas plus difficile à concevoir que les autres espèces ; l'œuf retenu à la trompe par des causes que nous ignorons, peut, dans quelques cas, trouver moins de résistance à se développer dans le tissu utérin que dans la cavité utérine elle-même.* »

Suivent de nombreuses publications dont nous citerons celles de Cooper, Bandl, Spiegelbert, Lustgarten, Galabrin, Braxton, Hicks, Münde, Mac Burney, Spencer, Maschka, Grün, Janvrin, Garrigues et, en 1880, Rash et Cortiguerra.

Jusque là, il semble que sous cette rubrique on doive comprendre également les grossesses angulaires. Ce n'est qu'en 1893 que paraît le travail de deux auteurs, sur un cas de grossesse ectopique ayant évolué par la suite, normalement. Aussi Puech, en 1904, rattache à la G. A. la plupart des publications antérieures.

A l'heure actuelle, les deux formes, à la fois si voisines et si différentes, sont nettement caractérisées. Comme nous dit Forgues : « *Pour la portion interstitielle de la trompe, l'exiguité de la cavité, l'épaisseur du bourrelet du chorion muqueux, l'intimité des fibres musculaires tubaires avec le muscle utérin, donnent à la grossesse une certaine individualité.* »

Toutefois, — et c'est là, comme nous le verrons, une circonstance fort heureuse — les grossesses interstitielles ne sont pas très fréquentes. Rosenthal, en 1896, signalant leur rareté en rapporte 40 cas sur 1.314 G. extra. Elles sont encore plus rares pour Waegeli. Legueux en rapporte 40 cas ainsi que Werth en

1904. Zahun en note 14 de 1904 à 1914. Lapointe 1 observation pour 154 tubaires.

Plus près de nous, Beckamn, Brindeau et bien d'autres auteurs divisent les G. I. en plusieurs variétés, suivant que l'insertion de l'œuf se fait plus ou moins près de l'ostium utérinum. Nous avons : la tubo-interstitielle qui se rapproche de l'isthmique et où il y a communication entre le sac et la trompe ; la tubo-utérine ou utéro interstitielle qui bombe dans l'utérus ; enfin l'interstitielle vraie ou intra-murale qui se diviserait elle-même en deux variétés, suivant que l'œuf se niderait dans le muscle ou dans le canal interstitiel de la trompe. Dans ce dernier cas, il existerait une cloison, plus ou moins déciduale, séparant l'œuf de la cavité utérine. D'épaisseur variable, de quelque millimètres à l'épaisseur de la muqueuse ; elle ne semble changer en rien l'évolution.

Étude Clinique

Le diagnostic d'une G. I., quelle que soit sa vairété, est, la plupart du temps, sinon une exception, du moins une rareté. Pour bien des raisons, sur lesquelles nous reviendrons, c'est souvent, d'emblée, aux formes compliquées que nous avons à faire.

Tout au plus, trouverons-nous alors, un Douglas douloureux, des signes manifestes d'hémorragie interne grave : malade pâle, température peu élevée, état syncopal, pouls filant et incomptable, tableau dramatique survenu brutalement, avec, comme prélude, la douleur abdominale violente, en « coup de poignard ».

Telles sont les deux premières observations que nous reproduisons ici et que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs VAYSSIÈRE et CHOSSON.

OBSERVATION I

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

M^{me} G..., 35 ans.

H. M. — Entre à l'hôpital le 29 juin 1941 pour rupture de G. extra.

Hémorragie importante se manifestant par un état de choc.
Pâleur, anémie des téguments.

Pas de matité dans les flancs.

Pouls petit.

La veille, syncope brusque dans la journée du 28.

3 récidives par la suite.

D. R. — 8 au 11 novembre 1940.

A. P. — Pleurésie rhumatismale, 1935.

A. Phys. — P. R. : 12 ans, 30/4 jours, normales, régulières.

A. O. — De 1924 à 1936, 8 grossesses dont 1 prématurée DCD 7 mois. Les autres normales avec un enfant né à terme, mort de troubles digestifs en 1928.

En 1941, la grossesse actuelle est la neuvième.

La malade signale un retard de règle de 1 mois.

Lors de sa pleurésie, il y avait eu un avortement.

Protocole opératoire. — Le 29 janvier 1941 : P^r VAYSSIÈRE.

— Anesthésie générale, éther.

— Laparatomie médiane sous-ombilicale.

— Ouverture du péritoine qui n'est pas bleuté.

— Tablier épiploïque coloré par le sang.

— Dans le pelvis, masse importante de sang coagulé environ 1.000 à 1.200 grammes. Ablation des caillots.

— Utérus un peu déjeté à gauche, flanqué, à droite et légèrement en arrière, d'une masse du volume d'une mandarine avec extrémité de la trompe et ovaire libres.

— Masse unie à l'utérus par un très large pédicule.

— Section de la trompe et ligature des vaisseaux en dedans du pavillon.

— L'ovaire droit est laissé en place.

— Du côté de l'utérus, collerette à la base de la tumeur.

— Résection partielle de la corne utérine droite.

— Hémostase et suture de la brèche en deux plans.

— Fermeture de la paroi.

Diagnostic. — Grossesse tubo-interstitielle rompue de 2 mois 1/4.

Sur la pièce, on aperçoit diverses villosités placentaires faisant hernie.

OBSERVATION II

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

M^{me} P..., 24 ans. Entre le 22 septembre 1939.

A. P. — Rougeole. Appendicectomie à 22 ans.

A. H. + C. — Parents B. S.

8 frères et sœurs B. S.

A. Phys. — P. R.: 13 ans, tous les 28 jours ; durent 8 jours, douloureuses les premiers jours, avec vomissements.

A. G. — Jamais de pertes blanches.

A. Obst. — 1^{re} grossesse : D. R., 26 juillet au 2 août 1939. N'a plus perdu depuis. A souffert de l'abdomen le 15 août pendant 3 jours.

H. M. — Entre d'urgence à l'hôpital le 22 septembre 1939 pour douleur intense survenue brutalement.

Etat syncopal sans vomissement ni fièvre.

Protocole opératoire. — P^r CHOSSON.

— Anesthésie générale, éther.

— Laparatomie médiane sous-ombilicale.

— La cavité abdominale est remplie de caillots et de sang frais.

— Il s'agit d'une G. I. D.

— Résection cunéiforme de la corne utérine droite de la trompe et de l'ovaire (cette extirpation en masse est nécessitée par des adhérences qui rendraient trop long le décollement de la trompe et de l'ovaire).

— Surjet de la brèche utérine.

— Fermeture de la paroi en 3 plans.

— Pendant que l'on termine l'opération ,instillation de
sérum I. V. + Pressyl 1 ampoule, suivie d'une transfusion de
350 cc. de sang citraté.

— Le pouls incomptable reparaît peu à peu et bat aux
alentours de 140.

OBSERVATION III

CRESSON

Résection large de la corne utérine droite pour G. interstitielle

25 juin 1927. Jeune f. 20 ans. Métrorrhagies.

D. R. — 23 février 1927.

A. Phys. — Régulée à 14 ans. Tendance au retard.

Depuis le 20 juin, signes de grossesse.

22 juin, hémorragies légères avec caillots.

Actuellement, perd un peu, mais pertes peu abondantes, franchement rouges. Etat général très satisfaisant : pouls 80. Température 38°.

Examen. . . Ventre souple, masse dure arrondie droite douloureuse à la pression, de la grosseur d'une orange.

Toucher. — Col légèrement ramolli, presque fermé et reporté complètement en arrière.

Corps en antéversion, déporté à gauche.

Le cul-de-sac vaginal droit est rempli d'une masse rénitente mobile du volume d'une grosse orange accolée au bord droit de l'utérus.

Les seins sont augmentés de volume.

Masque de grossesse assez marqué, vulve violacée cyanosée.

Diagnostic. — En somme, le diagnostic était des plus faciles. Etant donné les signes de grossesse manifestes ; étant donné la présence de cette tumeur para-utérine droite ; étant donné les battements artériels, l'augmentation peu marquée de l'utérus, il s'agissait donc d'une grossesse ectopique.

L'absence du signe de Hégar me faisait exclure une grossesse angulaire.

Opération. — Le 17 juin, laparotomie.

— Ablation de la tumeur par le procédé habituel.

— Tumeur arrondie implantée directement sur la corne utérine recouverte de gros vaisseaux et à la partie inféro-externe de laquelle se dessinent un ovaire et une trompe sains.

— Tumeur de même coloration et consistance que l'utérus.

— Le ligament rond droit s'insérait en dessous et en dehors de la tumeur.

Anatomie pathologique. — Même coloration et consistance que l'utérus gravis. Kyste fœtal absolument normal renfermant un fœtus d'environ 3 mois 1/2, enfermé dans une coque à paroi très épaisse, rappelant de par sa constitution celle d'un utérus gravis.

OBSERVATION IV

Sur 1 cas de G. I. de CASALTA et LAMY

M^{me} B..., 25 ans, vue le 20 juillet 1936, d'urgence, pour signes d'hémorragie interne grave. Pâleur livide, incapable d'un mouvement. Pouls incomptable, extrémités froides, face suante.

Dernières règles : 20 au 24 mai.

12 juillet : sonde intra-utérine avec petites pertes sangui-nolentes.

L'ingestion d'Apiol amène une recrudescence de l'hémor-ragie et l'expulsion d'une caduque sans douleur le 17 juillet.

Le 20 juillet, à 8 heures, petits malaises, nausées, vomisse-ments ; douleur en barre sous-ombilicale.

Dans l'après-midi, aggravation, sensation de chaleur dans le bas-ventre ; 2 syncopes, admission à l'hôpital.

Antécédents. — Règles régulières, mais légèrement dimi-nuées depuis le dernier accouchement en 1929.

Examen. — *Toucher.* — Col de consistance normale un peu gros, entr'ouvert. Annexes droites douloureuses. Cri du Douglas. Empâtement.

Intervention d'urgence. La laparotomie révèle la présence de plus d'un litre de sang caillé.

Utérus gros, déformé par un développement plus marqué de la corne droite avec orifice supérieur laissant sourdre du pla-centa. Hystérectomie subtotale avec Mickulicz (suites opératoires normales).

OBSERVATION V

IMBERT et BRUGEAS

Hémorragie cataclysmique consécutive à une G. I. itérative

Deux grossesses extra-utérines à 1 an d'intervalle.

M^{me} P..., 34 ans — en 1932 — 18 mars — 2 grossesses antérieures.

1^{re} grossesse ectopique tubaire avec inondation péritonéale. Salpingectomie et ovariectomie suivies de guérison.

2^{me} grossesse : rentrée à l'hôpital pour métrorrhagies graves. Température 40°.

Retard de 2 mois 1/2 ; manœuvres abortives. Le lendemain, 38°, faciès décoloré, muqueuse surtout ; quelques frissons pendant la nuit.

Examen. — Col ramolli, ouvert largement, laissant suinter un sang noirâtre non fétide. Culs-de-sac paraissent libres.

Le 6 janvier : curetage. Ne ramène que quelques caillots.

La pince à faux germes ramène de plus loin quelques pelotons graisseux — suspects. On interrompt le curetage ; on fait du sérum, de l'huile camphrée, glace.

La malade meurt dans la nuit, hémorragie interne foudroyante.

Nécro. — Abdomen plein de sang ; fœtus de 7 à 8 cm. libre au milieu des anses.

Kyste fœtal attenant au fond utérin à gauche, de la grosseur d'une mandarine, perforé et recouvert par le sigmoïde et l'épiploon.

Nous venons de voir, au cours de ces quelques cas, combien les signes du début sont rares et peu nets. Ils peuvent être paradoxaux et de nature à induire en erreur, malade et praticien.

La première manifestation susceptible de fixer l'attention de la femme est, sans aucun doute, l'arrêt des règles. Ici, il n'est pas franc ; il est masqué par des métrorrhagies qui préludent à l'affection ou surviennent à la fin du drame. Ces pertes peuvent en imposer pour des menstrues ordinaires, malgré leurs caractères particuliers : irrégularité, durée plus courte, sang poisseux, accompagné de caillots, coloration variant du rouge au brun roux — sépia, dit-on classiquement.

D'autres fois, au contraire, ce sont les petits signes du début de la grossesse qui tiennent la première place. La moindre importance des métrorrhagies ou leur absence les font passer au second plan. Seuls dominent les nausées, les vomissements, les modifications de volume et de sensibilité des seins, la pigmentation des téguments et des muqueuses génitales.

Pour peu que le symptôme douleur soit plus discret, la parturiente atteint paisiblement le terme jusqu'à la catastrophe inévitable et brutale dont nous avons parlé. D'ailleurs, l'état général est bon et il n'y a pas de température.

Si, par suite de souffrances ou pour d'autres raisons, une malade vient consulter, elle se plaint alors de douleurs pelviennes unilatérales, accrues par la fatigue, irradiant dans les lombes ou dans la région scapulaire correspondante. L'affont en fait un réflexe viscéral dû à la compression, tandis que Dewes et Echelecker y voient une névralgie phrénique.

Il y a arrêt des règles ou quelques pertes qui n'y ressemblent que de très loin et qui ont pu disparaître par la suite. Enfin, quelques-uns des petits signes cités plus haut.

Le toucher combiné au palper nous fait sentir un utérus légèrement augmenté de volume, un peu ramolli, mais qui n'est pas comparable à l'utérus gravide normal. L'organe est flanqué latéralement en haut et en avant par une masse plus ou moins arrondie, douloureuse, de consistance plus molle, pseudo-fluctuante.

Il n'y a pas de délimitation très nette entre l'un et l'autre. Tous deux sont mobilisables ensemble.

La main abdominale délimite le fond de cette tuméfaction, sus-pubienne et latérale. Fait important, elle augmente de volume entre deux examens.

Le cul-de-sac latéral opposé montre la présence d'annexes normales, situées nettement plus bas que ne le ferait supposer le volume de l'organe. C'est la verticalisation du fond utérin décrite par Ruge-Simon ou encore l'asymétrie des annexes de Reeb. Ce signe serait caractéristique pour certains auteurs.

Un examen gynécologique plus approfondi et qui suppose des conditions particulièrement favorables, peut permettre de percevoir l'insertion de la trompe en dehors et du ligament rond en avant ou dans la partie antéro-externe.

En aucun cas, nous ne trouvons de changement de consistance de cette masse ; pas le moindre durcissement, si passager soit-il. Tout au plus, nous noterons, une fois encore, une augmentation assez rapide de la tumeur. C'est là, un des rares signes qui puisse, sinon nous satisfaire, du moins nous éclairer.

Rappelons pour mémoire seulement, le curettage biopsie de Mac Léod, vigoureusement défendu par Gernez, Moulonguet, Wagner, Cotte, Reeb et bien d'autres. Il paraît inutile et dangereux. Mondor dit fort bien : *« nous savons maintenant qu'une caduque utérine vraie, en tous points semblable à celle de la grossesse extra-utérine se forme en cas de pseudo-grossesse par persistance d'un corps jaune menstruel ou, dans certains cas, de kystes lutéiniques. »*

Ce n'est que dans des cas très particuliers, de forme abortive par exemple, que le toucher intra-utérin pourra nous être utile. Ceci à condition d'avoir à faire à un col souple et perméable.

Diagnostic Différentiel

En possession des quelques signes de probabilité de grossesse, que nous venons de décrire, il faut éliminer d'abord, les positions vicieuses de l'utérus et les tumeurs pelviennes, de nature différente.

Le diagnostic se pose avec une grossesse évoluant dans un utérus latéro-dévié. Pour Douay et Lapeyre, l'examen en Trendelenburg résoudrait le problème, sauf existence d'adhérences antérieures.

Certains fibromes mous de la corne, et même les fibromes développés dans le ligament large, peuvent en imposer pour une G. I. Il y a des douleurs, des signes de compression pelvienne. L'endométrite glandulaire ou interstitielle, accompagnée de dilatations vasculaires marquées, provoque des hémorragies avec caillots, cependant plus abondantes que dans notre cas. D'autre part, en présence d'un fibrome qui grossit, l'utérus participe à ce développement comme s'il s'agissait d'un produit de conception. C'est alors la grossesse fibreuse de Guyon. Au toucher, nous sentons une masse latérale, de consistance molle, rénitente, flanquant un utérus plus gros que la normale. Le diagnostic est encore plus délicat, avec une dégénérescence myxœmateuse donnant un myome rouge, très douloureux, augmentant rapidement de volume.

Les kystes de l'ovaire, même avant la dégénérescence, sont souvent suivis de troubles de la menstruation et même d'arrêt total des règles, d'après Schroeder. Là encore, il s'agit d'une tumeur latéro-pelvienne avec les signes habituels.

De même dans les kystes para-ovariens ou du corps de Wolff, l'abdomen, développé d'un côté, est asymétrique. La tumeur est arrondie, régulière et flanque l'utérus qu'elle immobilise.

Plus délicat encore le cas des kystes dermoïdes de l'ovaire. Congénitaux et longtemps bien tolérés, ils peuvent, au cours d'une grossesse normale, se développer parallèlement à l'utérus, ainsi que nous l'avons vu personnellement dans un cas.

Fort heureusement, le laboratoire va nous être ici un auxiliaire précieux. Il y a quelques années, Asheim Zondeck isole

dans le sérum et l'urine de femme enceinte une hormone gonadotrope ou Prolan A, dont la présence est spécifique de toute grossesse normale ou ectopique. Tour à tour, Brouha, Hinglais, Simonnet, Probst et Bourg ont perfectionné les méthodes de laboratoire. A l'heure actuelle, c'est la réaction de Friedmann et Adèle Brouha, qui est la plus pratique et la plus répandue. Elle donne un diagnostic constant, précoce et constitue un test absolument irréfutable. Toutes les fois que nous pourrons le faire, cet examen nous permettra d'éliminer, à coup sûr, les affections dont nous avons parlé.

Reste le diagnostic de la variété ectopique qui se pose principalement avec l'angulaire. L'évolution et la conduite à tenir sont identiques pour l'interstitielle, l'isthmique, la tubaire, l'ampullaire, l'ovarienne. Toutes aboutissent, dès les premiers mois, à la rupture avec hémorragie interne. Celle-ci est plus grave dans l'interstitielle où elle revêt souvent la forme cataclysmique de Barnes.

Nous savons, au contraire, que l'angulaire qui, au début, semble ectopique et revêt des caractères très voisins de ceux déjà décrits, devient, par la suite, normale le plus souvent. Sauf d'exceptionnelles complications, elle aboutit à l'accouchement à terme, à peine un peu plus lent, l'enchâtonnement du placenta rendant la délivrance plus délicate.

Ceci souligne bien l'importance qu'il y aurait à faire un diagnostic précoce, rendu plus difficile encore par la diversité des interstitielles. Plus elles sont proches de l'ostium utérinum, plus la parenté des signes devient étroite. Nous avons affaire, dans les deux cas, à une grossesse latérale, douloureuse et qui saigne. Comment discriminer ?

Douay et Lapeyre proposent le schéma suivant : la tumeur est postéro-latérale, perçue à travers le Douglas, relativement mobile par rapport à l'utérus. C'est alors une tubaire.

Elle est antérieure ; c'est une angulaire ou une interstitielle.

S'il existe des contractions, c'est une G. A.

Il n'y a pas de durcissement, même passager, c'est une G. I.

Il n'existerait pas, dans cette forme, de signe de Hegar supérieur, au contraire positif dans l'angulaire.

Kreiss décrit un anneau de contraction qui disparaît au cours de l'anesthésie et qui n'existe pas dans les interstitielles.

L'insertion du ligament rond se fait pour la G. A. en dehors de la tumeur. Elle est moins nette et plus contestée dans la G. I. Classiquement, on la trouve en avant. Kreiss la trouve « latéralement avec plus ou moins de glissement vers la périphérie « inférieure du sac ovulaire ». Waegeli et Legueux dans quelques observations nettes la trouvent en bas et en dehors. Enfin, Wilbert présentant une pièce à la Société d'Anatomie de Paris a montré que dans la G. I. le ligament s'insérait en dehors et au-dessous de ce qui fut l'orifice tubaire.

Ces différences de position, qui paraissent signer le bien fondé de la classification de Beckmann, n'en rendent pas moins le diagnostic très difficile, même impossible, surtout pour l'intramurale.

Waegeli insiste sur la difficulté qu'il y a, même pièces en mains, pour affirmer l'existence d'une intertitielle, quelle que soit sa variété.

Enfin, citons ces lignes de Kreiss qui semblent devoir confirmer cette opinion : « ...*Dans un deuxième cas, on a trouvé à la laparotomie une asymétrie de l'utérus, marquée vers la corne droite, formant une tumeur de la grosseur d'une bonne noix, de consistance assez dure, assise à base large sur l'utérus. Pas d'anneau de contraction limitant la tumeur. Le ligament rond est au-dessous. L'examen histologique a montré une grossesse intramurale.* »

Traitement

En dernière analyse, sur quoi appuierons-nous notre thérapeutique, sinon sur des données souvent opposées ?

D'une part, un diagnostic hésitant, que nous venons de voir quelquefois impossible, même en cour d'intervention. D'autre part, l'extrême gravité de cette forme d'ectopie, qui nous commande vitesse et précision, en présence du drame abdominal. L'importance de l'hémorragie interne, au milieu de cette région que Wynne appelle justement « Bloody angle » et où la terminaison de l'artère utérine est susceptible, en se rompant, d'occasionner des cas mortels, nous défend d'être indécis.

Donc le traitement chirurgical s'impose, comme le dit si bien Pinard que nous citons une fois de plus : « *toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle* ». Ces lignes ont d'autant plus de poids lorsqu'elles s'adressent aux variétés interstitielles.

Le souci, que nous avons tous, de conserver à une femme jeune des espoirs de maternité et de lui éviter les troubles pénibles d'une ménopause précoce, est à l'origine des divers procédés thérapeutiques successivement envisagés. Nous verrons qu'ils ne sont pas toujours réalisables et que les indications en sont essentiellement variables.

A l'heure actuelle, nous distinguerons deux méthodes : l'une conservatrice au maximum, laissant des possibilités de grossesses futures ;

Les autres mutilatrices, que l'on peut séparer en deux catégories : celles qui conservent la fonction hormonale de l'ovaire et celles qui suppriment la glande endocrine.

Ce n'est que pour mémoire, que nous citons parmi les premières, le curettage que Kelly et Webster pratiquaient après la laparotomie « sous le contrôle de l'œil ». Il est depuis longtemps abandonné, même par ses créateurs, et paraît aujourd'hui absolument inadmissible.

D'autres chirurgiens, et en particulier ceux de l'Ecole de Lyon, ont pu trouver en cours d'intervention une tuméfaction interstitielle accompagnée d'annexes et d'ovaires sains. La jeunesse de la malade, primigeste, et, sans doute, la précocité du

diagnostic, les invitent alors à une économie maximum. Ils pratiquent simplement une « *césarienne de l'œuf* », c'est-à-dire : incision longitudinale de la tumeur en un point éloigné des gros vaisseaux, énucléation de la poche, curettage de la cavité, hémostase et suture en trois plans avec enfouissement. Tel est le cas rapporté notamment par Condamin à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en 1932.

Toujours dans cet ordre d'idées, Michon et Trillat vont plus loin et renouvellent l'opération réalisée par Cullen, de Baltimore, puis préconisée par Cotte, Villard, Pollosson. Ces derniers s'élevant contre l'hystérectomie que Greffie de Bellecourt et Segond préféraient, conseillent et exécutent, soit une salpingectomie partielle, soit une résection de la corne avec réimplantation tubaire.

Il est évident, pour eux comme pour nous, qu'il y a là le traitement idéal, en ce qui concerne la grossesse interstitielle. Il permettrait, au premier titre, l'espoir de maternité et serait particulièrement indiqué dans les cas où il existe une castration unilatérale antérieure, ou dans ceux où l'on a des lésions annexielles importantes du côté opposé. Le tout est de savoir s'il ne peut pas conditionner l'existence d'une grossesse ectopique itérative comme il n'est pas rare d'en rencontrer.

En effet, pour si séduisantes que soient ces diverses techniques, elles supposent toutefois un certain nombre de circonstances heureuses qui sont loin d'être toujours présentes. Leur réalisation impose tout d'abord la certitude d'un diagnostic tout au moins après ouverture de la paroi. Elle suppose également des annexes en bon état. Or, sans vouloir aborder autrement un chapitre d'étiologie, encore obscur, nous voyons, dans la plupart des cas, que les grossesses ectopiques se développent dans des organes soit hypoplasiés ou malformé congénitalement, soit à la suite de lésions inflammatoires, salpingites ou endométrioses.

Il faut également avoir à faire à une malade dont l'état général soit suffisamment bon pour supporter une opération délicate et longue. Trillat, dans une observation publiée en 1932, trouve un œuf en voie de rupture avec seulement quelques caillots dans le Douglas ; c'est-à-dire, une forme vraisemblablement peu hémorragique, une malade peu choquée et une intervention précoce possible.

L'hémostase est, en effet, souvent très délicate, du fait des conditions dont nous avons parlé. Malgré la ligature de la portion terminale de l'utérine, nous trouvons un muscle utérin infiltré

d'éléments ectodermiques, causes de sa fragilité et des ruptures habituelles. Il est littéralement corrodé, dissocié par des hémorragies interstitielles, véritables infarctus, qui gênent beaucoup la résection d'abord, en augmentant son étendue, la suture et l'hémostase ensuite dans un tissu moins résistant que de coutume.

Aussi Bourde, au sours d'une intervention analogue éprouve-t-il une sensation de sécurité insuffisante et termine par l'hystérectomie. Perrin, réalisant une conservatrice est obligé de réintervenir le soir même pour hémorragie interne et ne sauve sa malade qu'au prix d'une subtotalé.

D'ores et déjà nous voyons que ces méthodes idéales ne peuvent s'appliquer dans tous les cas, Bien que les mêmes difficultés d'hémostase et de suture, persistent dans les autres interventions partielles, la préférence semble aller aux résections cunéiformes, de technique plus simple et plus rapide, surtout lorsqu'il y a extirpation en bloc des annexes et de l'ovaire du même côté.

Certains auteurs ont, en effet, essayé une fois de plus de sauver, au moins la fonction endocrine en réalisant une salpingectomie partielle et laissant en place l'ovaire sain.

La plupart du temps, c'est à cause des lésions inflammatoires préexistantes, à cause de l'état du péritoine environnant que nous sommes réduits à pratiquer une castration unilatérale et une résection d'autant plus large que nous avons une variété plus interne. A quoi bon conserver alors des organes suspects et capables, par la suite, d'imposer un nouvel acte chirurgical.

Nous dirons, cependant, que l'on a pu craindre, ici comme ailleurs, un autre inconvénient, bien qu'il n'y ait pas de cas bien net à ce sujet. Il s'agit de la possibilité d'infection due à l'ouverture de la cavité utérine. Ceci poserait évidemment une toute autre indication, comme nous allons le voir.

Reste à préciser les résultats des méthodes conservatrices en cas de grossesse eutocique. Nous avons dit que les itératives ne sont pas rares et il existe même des observations de grossesses ectopiques développées aux dépens du moignon de la corne opérée. En cas de gestation normale, comment va réagir l'utérus ? La femme est capable de devenir enceinte ; ce résultat nous est acquis. Cresson signale après l'observation que nous avons citée, une naissance à terme, sans histoire. Haman rapporte deux cas, après une conservatrice. Toutefois, ce dernier, ainsi que Crousse, Cullen, Douay, Harthing, signalent un fait, repris dans sa thèse par Le Gall, qui nous paraît intéressant. Tous ces auteurs remarquent dans plusieurs cas la présence d'un avortement, puis d'une

grossesse normale. Pour eux, tout se passe comme si l'utérus mettait un certain temps à se réadapter à sa fonction première.

Peut-être vérifie-t-il ainsi la solidité de sa paroi, maintenant mutilée ? C'est, en effet, à la possibilité de rupture utérine que fait penser cette cicatrice qui demeure un point faible. Toutefois, on rapporte plus de cas heureux que de catastrophes de ce genre, et, comme le fait remarquer Crousse, de Bruxelles, cette éventualité, qui peut également survenir en cas de césarienne, surtout haute, et de myomectomie, n'exclue pas cependant ces deux interventions. Il en est de même pour notre cas et la résection cunéiforme doit être tentée chaque fois que l'on peut.

Il n'en est pas toujours ainsi. C'est plus souvent, nous l'avons vu, aux formes graves et compliquées, que, d'emblée, nous avons à faire.

C'est alors l'acte chirurgical rapide, précis et sûr qui prime tout. Nous n'insisterons pas sur la nécessité qu'il y a de traiter énergiquement l'état général de ces malades saignées à blanc, extrêmement choquées. Transfusion, sérum, toni-cardiaques, tout doit être mis en œuvre avec la plus grande célérité.

Nous ne pouvons plus réaliser une intervention élégante, mais délicate et longue, chez un sujet pour qui chaque minute passée sur la table est une cause d'aggravation et peut déclencher l'accident fatal.

Il est même des cas où l'hémorragie est si abondante et l'état général si atteint, que certains auteurs — Prinz, Wynne, — se contentent d'un tamponnement serré pour essayer de la tarir. Actuellement, toutes les précautions étant prises au point de vue de l'hémostase et du shock, il semble exceptionnel de ne pouvoir parfaire l'intervention.

En dehors de l'extrême urgence, où toute hésitation disparaît, l'hystérectomie est encore accréditée dans bien des circonstances.

Au sujet d'une observation de Sacuto à la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris le 25 avril 1928, Lapointe écrit : *« Au point de vue traitement l'hystérectomie s'imposait même si les annexes gauches avaient été saines. Tenter de réséquer le sac en conservant l'utérus eut été une fantaisie dangereuse. »*

Il faut, en effet, considérer d'abord la nature et l'étendue des lésions. Si la grossesse est trop évoluée, trop ancienne, les dangers de résection sont augmentés. Le délabrement étant trop important, nous avons moins de chances de sécurité présente et future.

Ici encore, comme l'indiquent J.-L. Faure, Wynne et bien d'autres, — l'état des organes doit être considéré. Impossible d'être économe si nous trouvons des annexes et un péritoine adhérents des deux côtés. Nous ne pouvons que pratiquer une castration bilatérale.

Autre indication : l'infection, il devient alors nécessaire de drainer. Quelle que soit son origine, endogène ou consécutive à des manœuvres criminelles, l'infection augmente considérablement la gravité de la G. I. et se traduit par une mortalité plus élevée. Une fois de plus, il faut alors agir vite et sûrement.

Rentrent également en ligne de compte, le désir de la malade, les conditions physiologiques et les antécédents obstétricaux. Chez une multigeste au voisinage de la ménopause, l'hystérectomie, naturellement, sera plus indiquée. En cas d'extrême urgence avec très mauvais état général, c'est souvent à la technique la plus simple qu'il faudra recourir.

La voie vaginale, aveugle et peu commode, ne s'applique pas à ces formes. Il en est de même de la totale qui, sauf indication particulière, serait trop longue et trop délicate. C'est en définitive, à l'hystérectomie subtotale, de réalisation aisée, nous assurant des résultats fidèles, que nous aurons recours dans la plupart des cas.

Conclusion

La grossesse interstitielle est la plus redoutable de toutes les formes ectopiques. Son diagnostic est difficile. Son pronostic reste très grave du fait de l'importance et de la brutalité de l'hémorragie. L'état de shock très marqué, la place au même rang que les ruptures utérines.

Le délabrement du muscle utérin que nous impose l'intervention, laisse un doute au sujet de l'avenir génital de la femme.

Le traitement uniquement chirurgical ne peut toujours être conservateur malgré notre désir. On doit cependant le tenter chaque fois qu'il est possible. L'ablation simple de l'œuf par petite césarienne, la conservation partielle ou totale des annexes du côté lésé sont des mesures idéales mais de réalisation exceptionnelle.

Dans la majorité des cas, c'est à la résection cunéiforme de la corne utérine avec ovariectomie du même côté que nous donnerons la préférence.

Enfin, plus souvent, que dans les autres variétés ectopiques, nous aurons à faire une hystérectomie subtotale. Cette mutilation à laquelle nous sommes alors contraints par bien des circonstances assombrit encore le tableau déjà si noir des G. I.

Lu et approuvé
Le 18 Février 1942
E. VAYSSIÈRE

Vu et approuvé
Le Doyen
L. CORNIL

— N° 32 —
Vu et permis d'imprimer
Aix le 26 février 1942
Le Recteur,
P. MARTINO

Bibliographie

- ANCIAUX. — Grossesse interstitielle rompue. *Soc. Belge de Gyn. et Obst.* Décembre 1930.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements. 1907, T. III, p. 307.
- CASALTA et LAMY. — Sur un cas de G. I. *Bull. soc. obst. et gyn. de Marseille.* 1937, T. II, p. 177.
- CONDAMIN. — Un cas de G. I. non rompue opérée avec conservation intégrale par énucléation de l'œuf. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon.* 1922, p. 705.
- COTTE G. — Sur le traitement des grossesses interstitielles. *Lyon Chir.*, nov. 1929, T. II, p. 861.
- CRESSON. — Résection large de la corne utérine droite pour G. isthmo-interstitielle. Grossesse normale consécutive. *Bull. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, p. 145.
- CROUSSE. — Grossesse interstitielle de trois mois rompue. *Bruxelles Médical.* 15 décembre 1929.
- ERRHARDT. — La création de grossesse d'Asheim-Zondeck. Rapport établi sur 2.000 réactions. *Surgery, Gynecology and obstétric. Chicago.* Vol. LIII, n° 4, Octobre 1931.
- FORGUES. — Précis de pathologie externe. T. II, p. 1200.
- GOUDARD. — *La grossesse angulaire.* Thèse Marseille 1936.
- IMBERT et BRUGEAS. — Hémorragie cataclysmique consécutive à une G. I. itérative. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir. de Marseille.* N° 1, Janvier 1933, T. VII.
- KREISS. — Grossesse interstitielle ou grossesse angulaire. *Soc. Obst. et Gyn.* Paris 1927, p. 683.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEUX. — Gynécologie.
- LAPEYRE. — Grossesse interstitielle. *Gyn. et Obst.* 1932, T. II, p. 481.
- LE GALL. — A propos du traitement de la G. I. Thèse. Paris 1932.
- LEPAGE. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Tableau méd.* 1889, n° 22.

- LUSTGARTEN. — Wien med. press. 1876.
- MAC BURNEY. — *The New-York med. journal* 1878, p. 273.
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen. T. II, p. 371.
- PINARD. — Signes diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. *Semaine Méd.*, 1894.
- PHANEUF L.-E. — Grossesse interstitielle rompue. *Soc. Obst. et Gyn.* Paris 1926, p. 616.
- RIBEMOND, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*, p. 809.
- SIMON. — Etude sur la grossesse interstitielle. Thèse Strasbourg, 1852.
- TRILLAT, MICHON et DARGENT. — Un cas de G. I. rompue opérée par réimplantation tubaire. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon.* Novembre 1932, p. 706.
- VAUDESCAL. — Contribution à l'étude des grossesses interstitielles. Thèse Paris, 1919.
- VAUDESCAL. — Deux formes de grossesses anormales : la G. I. et la G. angulaire. *J. Méd. et Chirurgie pratique de Paris.* 1919, XC, p. 561-567.
- WAEGLI. — Grossesse interstitielle. *Revue de gyn.* 1914.
- WILBERT. — La grossesse interstitielle. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1919, p. 177.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
